

場合も少なくない。今後、さらに緩和ケア病棟スタッフと協調を深め患者の QOL 維持・向上に努めたい。

5. 口腔ケアはがん治療の QOL を向上させる 一群馬県立がんセンター歯科口腔外科の取り組み

山根 正之,¹ 川俣 綾,¹ 小川 妙子¹
小野 一美,¹ 関根沙友里,² 設楽 栄幸²
新井 香,² 布施 裕子,² 藤田 弥生³
堀越真奈美,³ 茂木真由美³

(1 群馬県立がんセンター 歯科口腔外科)

(2 同 6階西病棟)

(3 同 5階東病棟)

【はじめに】近年、口腔ケアはがん治療の質を向上させる必須のケアと考えられるようになっている。ケアを行えば確実に口腔合併症は予防、緩和されることが経験的にわかっているが、エビデンスレベルの高い臨床研究は少ない。今回私たちは、当センターにおける実施状況について集計し、今後の展望について検討する。【対象・方法】2011年4月1日から2013年1月31日までの期間に、歯科口腔外科に紹介され口腔ケアを行った患者715名を対象とし、その概要について検討した。【結果】原疾患の担当診療科別の患者数は血液内科363人(50.8%)、頭頸科109人(15.2%)、泌尿器科57人(8.0%)、歯科口腔外科56人(7.8%)、乳腺科53人(7.4%)、消化器外科53人(7.4%)、その他24人(3.4%)であった。口腔ケア開始時期別の患者数は、手術、放射線治療、化学療法前440人(61.5%)、口腔有害事象出現後275人(38.5%)であった。終末期にケアを施行した患者は75人(10.5%)であった。口腔有害事象出現後にケアを開始した症例は、治療前から介入している症例と比較し、口腔トラブルが遷延化する傾向にあった。【考察】切れ目のない周術期口腔機能管理は、がん治療の QOL を向上させるために重要である。しかし、QOL は患者個人の主観によるところが大きく、治療の目的とするには漠然としているため、アンケート調査(ワシントン大学方式 QOL 評価法)などで具体化、数値化して評価する必要がある。そして、具体的に評価した指標をもとに、エビデンスに基づいた口腔ケアの標準化を目指したい。

6. KM-CART 始めました 一腹水は抜くと〇〇になる

笹本 肇,¹ 東 陽子,¹ 岡田 寿之¹
田嶋 公平,¹ 内田 信之,¹ 星野 哲也²
大島 克彦³

(1 原町赤十字病院 外科)

(2 同 5階病棟看護師)

(3 同 臨床工学技士)

【背景】KM-CART は、1981 年から保険適用されて

いた腹水濾過濃縮再静注法に、松崎圭祐氏が改良を加え、大量の癌性腹水を一括処理できるようにしたシステムである。当初発表者は、利尿剤抵抗性の難治性腹水に対してはカテーテルを留置した少量頻回排液法を行っており、CART に対しては懐疑的に考えていた。しかし、2011年7月の札幌で、ある訪問看護師の発表を聴き大いに心を動かされ、KM-CART の導入を決断した。【対象】現在までに、5人の癌性腹膜炎患者に対して延べ8回の治療を行った。その一連の過程を含めて報告する。【方法】業者立ち会いの下、発表者、看護師、臨床工学技士のチームで実地指導を数回受けた後は、当院スタッフのみで施行した。腹水は14GのCVカテーテルを留置して、自然滴下で抜ききった。その間、輸液500mLとプレドニン30mgを点滴した。腹水処理には旭化成メディカルのAHFを用い、壁の吸引器と余っていたポータブル透析器のポンプを流用した。処理した腹水は、輸血用セットを用いて点滴静注した。【結果】平均7757mg(1000~13130)の腹水を排液し、601mg(170~1160)に濾過濃縮した。血圧低下による途中中止はなかった。再静注後に一時的な酸素投与を必要とした例があった。血管内脱水は改善した。血清蛋白や電解質への影響はなかった。腹水再貯留は全例に認め。【考察】「とにかくお腹を小さくしたい」希望の患者に、KM-CART は最も良い適応である。「お腹の向こうが見える」「深呼吸できる」「楽に動ける」「食べられそう」と、喜びが大きい。また「やれる事は全部やるっ!」と、治療がある事自体が希望につながった。一方で、「子供産むより大変でした」との感想もあり、どう感じるかどうかは病態や体力に左右された。問題点として、導入に熱意が必要、処理困難な腹水、保険適用が月2回だけ、が挙げられる。

〈ポスター1〉

7. 緩和ケアにおけるリハビリテーションによるがん患者の QOL 向上を検証する 一厚生労働省「がん薬物療法における QOL 調査票」を用いて

金澤かるみ,¹ 長岡 優子,¹ 村上 廣野¹
南本るみ子,¹ 黒岩 宏美,¹ 中沢まゆみ¹
羽鳥裕美子,¹ 塩田麻希子,¹ 井手 正樹²
佐藤 優²

(1 国立病院機構高崎総合医療センター
緩和ケアチーム 看護師)

(2 同 リハビリテーション科)

【はじめに】緩和ケアにおけるリハビリテーションは、ADL 維持や廃用を予防することにより QOL が向上すると言われている。今回、チームが介入した患者に調査を行なったので報告する。【研究方法】リハビリテー

ション開始当日と介入後 1 週間毎 (計 3 回) に調査表を用いての調査。倫理的配慮：倫理委員会承認 【事例紹介】 50 代女性, 悪性黒色腫, 脊椎転移, 夫婦 2 人暮らし, 主介護者：娘 (3 姉妹)。X 年 1 月両下肢不全麻痺で入院となる。放射線治療が行われ, リハビリが開始となる。肩甲骨痛があり, 一般鎮痛薬と医療用麻薬で調整している。【結果】 リハビリ介入後の QOL 向上の検証結果は得られなかったが, QOL 変化が明確となった。身体面の体調や睡眠は改善傾向にあった。食欲や精神面のストレス解消や集中力は, ばらつきがみられた。社会面に変化はなかった。総合評価のフェイススケール 2 から 4 へ上昇した。FIM は開始時 54 点から 3 週間後は 59 点を示した。【考察】 両下肢不全麻痺で, 心身不安定な状態にあったが, 疼痛緩和やリハビリを導入し, 生活リズムが生まれたこと, 娘が心の支えになっていることにより, 不安が増強することなく社会面での数値にも変化がなかった結果が示めされていたと考える。QOL の定期的に評価は患者を客観的に捉える事ができ, QOL 向上に結びつくものと考えられる。【まとめ】 QOL 変化を客観的に捉え, 情報共有を行い, リハビリやケアに反映し QOL 向上を目標に関わっていくことが重要である。QOL 調査票は有効であり, 今後も調査を継続していきたいと考える。

8. 在宅緩和ケアにおけるリハビリテーション ―終末期がん患者の麻痺が改善した事例を通して―

長沢 仁子, 京田亜由美, 福田 元子

小笠原一夫 (医療法人一歩会)

在宅緩和ケア診療所・いっぽ)

【はじめに】 終末期がん患者にとって, つらい状況の中でも希望を維持することは生きるために最も重要である。今回, 歩きたいと希望を持ちリハビリをしたことで, 実現した事例を振り返った。【方法】 診察録のデータを用いた事例報告。患者/家族に発表への同意を得た。【結果】 ① A 氏 60 歳代女性, 甲状腺がん, 胸椎転移で下半身麻痺があり, ベッド上生活であった。訪問開始時, 自宅を車椅子で移動したいと希望したため, 通所リハビリや訪問マッサージを導入し, ヘルパーや看護師介入時も車いす移動介助や他動運動を行った。3 ヶ月後, 下肢の動きが出現し, 理学療法士の「装具をつけ平行棒でリハビリができるかも」という言葉が希望となり, 訪問 6 ヶ月後には, 装具を使用し立位が可能となった。その後, 平行棒を往復できるまでに改善し, さらなる希望となったが, 病状の進行に伴い, 歩行の練習が困難となった。訪問リハビリに変更し, 目標を車椅子での座位保持に変え, 死亡 5 日前までリハビリが継続された。② B 氏, 60 歳代男性, 食道がん, 胸椎転移で下半身麻痺があり, 車椅子には

移乗可能, 自力で下肢が少し動かせる程度であった。便意はあったが, オムツ内排泄を余儀なくされていた。妻は, できることはやらせるという主義で, 料理の下ごしらえなどを積極的に手伝わせた。B 氏も「リハビリを頑張れば桜咲く頃歩けるようになる」という希望を持ち, ベッド上で自分なりのリハビリを行った。動きたいという思いが強く, トイレにいざることができるようになるとリハビリへの意欲が増大し, 1 人で散歩ができるまでに回復した。【考察】 今回, 腫瘍による下半身麻痺の状態であっても, リハビリで改善する可能性があること, また, リハビリ自体が終末期がん患者の希望の 1 つとなり得ることが明らかとなった。加えて, リハビリの専門家による介入だけでなく, 日常生活の中でできるリハビリを継続することの重要性が示唆された。

9. ターミナル期がん患者に対する家屋評価について

藤井 洋有 (公立藤岡総合病院)

リハビリ室 作業療法士)

【はじめに】 家屋評価を通して自宅への退院に至った事例を紹介し, ターミナル期がん患者における家屋評価の意義と留意点について考察し報告する。尚, 研修会等での報告について, 本人・家族の同意は得ている。【事例紹介】 70 代男性, 転移性脳腫瘍 (肺がん)。入院翌日よりリハを開始。初回時, 右片麻痺 Br. stage 5, 独歩可能, ADL 自立。その後, 急激に麻痺が悪化。入院 13 日で Br. stage 2, 右 USN (+), W/C 対応に。入院 15 日で γ-ナイフを施行し, 麻痺が改善していった。入院 36 日で Br. stage 5, 右 USN (-), T 字杖歩行・トイレ動作が監視レベルに。この時点で退院が検討された。しかし, 本人・家族は退院に対し不安が強い状況。入院 46 日にて家屋評価を実施。自宅の生活スペースでの動作を評価。家族・居宅ケアマネにも同席してもらった。環境設定として, ①玄関の段差に手すりを設置, ②ベッドの配置, ③浴槽に簡易手すりの設置, 以上 3 点を助言。主治医より生命予後 6 ヶ月との情報を得ていたため, 急激な悪化・家族の負担を考慮し, 環境設定は最小限に, 取り外しが可能な福祉用具を使用し, 心身状態の変化や再入院時に対応できるよう留意した。また, 特に転倒リスクがある浴槽移乗, 床上動作について安全な動作方法を助言。入院 51 日にて自宅へ退院。【考察】 ターミナル期がん患者の自宅退院は, 本人・家族の思いと本人の心身状態とのタイミングが重要である。状態が安定している時に退院し, 一時, 家族と過ごすための支援が必要な場合があるが, 退院後の生活のイメージが困難な場合, 本人・家族の漠然とした不安が強くなり, 退院のタイミングを逃してしまうことも多い。退院前に家屋評価を実施することで, 退院後の生活をイメージすることが出来, 本人・家族の不安の軽減や地域